维普资讯 http://www.cqvip.com

194-196 12

中国局解手术学杂志 1999年第8卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1999, Vol. 8, No. 3

胰腺癌围手术期局部化疗与疗效观察

邢庆蓉* 王长俊 周鸿昌*

R735.905

【摘要】 目的 观察胰腺癌的局部化疗效果。方法 13例胰腺癌患者在B超引导下，经皮或/和术中穿刺胰癌肿块注药化疗共47例次。结果 本组除2例晚期胰癌分别存活82天和38天后死于多器官功能衰竭(MOF)外，均好转治愈(89.6%)。结论 该方法不仅提高了胰腺癌的好转治愈率和生活质量，且不同程度地延长了存活时间，对手术切除困难或无法根治者增加了新的治疗手段。

【关键词】 胰腺癌 局部化疗 B超

治疗，围手术期

Observation of local chemical therapy for patients with pancreatic carcinoma in perioperative period *Xin Qingrong, Wang Changjun, Zhou Hongchang. PLA Center of General Surgery, General Hospital of Chengdu Command, Chendu* 610083

【Abstract】 **Objective** To observe the effect of local chemical therapy on patients with pancreatic carcinoma. **Methods** Thirteen patients with pancreatic carcinoma in perioperative period were punctured and injected with obliterants for 47 times. All procedures were guided by B ultrasound and pancreas masses were punctured percutaneously or operatively (including injection of obliterants in operation for 5 times). **Results** Two patients dying of MOF survived of 82 and 38 days respectively after operation, and the others were cured (84.6%). **Conclusion** Local chemical therapy can enhance treatment effect of pancreatic carcinoma, and is a comparatively new treatment method.

【Key words】 Carcinoma of pancreas B Ultrasound Local chemical therapy

近年来，我院对13例胰癌患者在围手术期，同时行经皮穿刺局部注药化疗，不仅提高了好转治愈率和生活质量，且不同程度地延长了存活时间。现就胰癌局部化疗方法及其相关并发症的观察与处理作一介绍。

资料和方法

1. 一般资料：自1995年2月～1997年7月间对13例胰腺癌在围手术期，同时行癌肿经皮穿刺局部注药化疗。其中男7例，女6例，年龄42～71岁，52岁以上10例(76.9%)。胰头部管状腺癌伴肝转移6例，胰体尾部高分化胰癌4例和胰头"炎性包块"伴梗阻性黄疸3例。全组病例占同期胰癌病例的11.6%(13/12)，本组均在围手术期作胰肿瘤实质内注药共13例47次，其中5例同时术中直视下注药5次。本组每例至少注药2次，最多达15次，平均3.6次，间隔时间为3～7天。

2. 病例选择：本组13例均符合下列三项条件中的一项或两项以上：(1)术前经B超、CT或MRI检查胰腺包块较大，侵及周围组织，估计切除困难，需局部注药化疗，待癌块缩小后，再行手术切除者。(2)患者高龄、体质差，或伴有其它加病患不能耐受手术或失去手术机会者。(3)术中探查证实癌肿已侵及周围重要血管和组织，不能切除者。

3. 局部注药化疗方法：我们采用日本Aloka SSD-660EX实时超声显像仪作诱导穿刺定位注药。此仪之穿刺针头配有高分辨力实时超声仪，能同时显示脏器结构、肿块位置，穿刺针移动过程及针尖确切位置。系经皮诱导穿刺注药的必需设备。

(1)病人准备：肝功障碍或疑有出血倾向者，术前需查出凝血时间和凝血酶元时间。对精

* 作者单位：610083 成都军区总医院全军普外中心

维普资讯 http://www.cqvip.com

神紧张或有恐惧心理者，应做好解释工作，取得病人合作，适量应用镇静镇痛剂。操作前禁食8～12小时。

(2)穿刺注药操作：经皮穿刺注药　病人取仰卧位，先识别病灶部位。然后于穿刺区域常规消毒铺巾，消毒穿刺探头，再次核定穿刺目标，测量皮面至穿刺点距离，作好穿刺点标记，局麻后固定探头角度，用22号细针沿探头引导槽穿刺进入腹腔，通过荧光屏密切监视穿刺针点逐步深入，直达癌肿内预定穿刺点，然后拔出针芯，接5ml或10ml注射器抽吸，使呈负压后注入药物。注药宜多方位，在癌块周边和中心区域边注边退，一般癌肿中心区注入无水酒精5～10ml，癌肿周边注入丝裂霉素4～6mg，顺铂40～60mg和5-氟尿嘧啶250mg；其注入量可视癌肿直径大小酌定。术中直视下穿刺注药　术中充分暴露癌肿，仔细探查癌肿位置和大小，若确认不能根治切除，则在直视下用7号针头于癌肿中央实质内注入无水酒精、顺铂和5-氟尿嘧啶。注药完成后，可于癌肿中央置一根硬膜外管或硅管引出体外，以便术后继续化疗。术中注意保护周围组织，切勿使无水酒精溢出到正常组织引起严重后果。

4. 并发症及其观察处理：全组共发生21例次一过性并发症(附表)，如上腹部疼痛，发烧(>38℃)和面色潮红；白细胞下降一般于停药后1－2周逐渐恢复，其中2例次胰瘘发生于术中直视下注药和取活检后，每日胰液引流量为100～500ml，分别于术后4天和34天闭合。

附表　13例胰癌围手术期局部化疗并发症

并发症	围手术期(例次)		
	术前	术中	术后
上腹部疼痛	2		4
发烧(>38℃)	3		3
面色潮红	2		1
白细胞下降	3		1
胰瘘		2	

(1)上腹部疼痛：本组有6例注药后立即出现上腹疼痛，系无水酒精及化疗药物刺激所致，一般局限于上腹部，呈隐痛或胀痛性质，有压痛，无肌紧张和反跳痛，故护理上首先应向病人说明原因，消除其恐惧心理，轻者可适当使用镇静止痛剂，重者应予禁食、输液，密切观察腹部情况，一般可于术后2～3天逐渐减轻或消失。

(2)发烧(>38℃)：由于此类发烧系无菌性炎症反应所致，故应向病人说明原因；若体温在39℃以上应作相应降温处理，一般无特殊原因者，三天后体温自然正常。

(3)面色潮红：系注入无水酒精后，吸收入血致颜面及体表毛细血管充血扩张所致，本组3例术前均无嗜酒史，故多见于既往无饮酒史者，一般为一过性反应，护理上无特殊处理。

(4)白细胞下降：此类并发症与局部和全身使用抗癌类药物有关，虽然局部抗癌药不致引起明显WBC下降，但仍有部分抗癌药经局部吸收入血或穿刺注药时误入血管引起。故术后应每周复查血象一次，若WBC降至4×10^9/L以下，则暂停治疗或减量，或延长注药间隔时间，并同时使用增加WBC类药物。本组4例均于停药或调整治疗方案后1－2周WBC恢复正常。

(5)胰瘘：本组2例胰瘘均发生于术中注药并同时取活检者；故术后应严密观察引流液颜色、性质和引流量，一旦引流液为清亮或乳白色液，应即收集标本，检测淀粉酶，作好周围皮肤的护理，并适量应用可抑制胰腺腺泡分泌的药物如阿托品、654－2或善得定(Sandostadin)等。一般中、小流量胰瘘，1－4周左右自然闭合，不致引起严重后果。

结　果

本组有6例肿块直径均有不同程度缩小，2例无变化，术中5例除1例无变化外，均有明显缩小。全组除2例分别存活82天和38天死于MOF外，6例好转继续治疗，5天治愈出院，总的好转治愈率为84.6%(11/13)。

讨　论

如何提高胰腺癌治愈率，减少并发症，仍然

维普资讯 http://www.cqvip.com

是目前外科同行关注的重要课题。临床上惯用的手术方法是切除癌灶，重建胃肠道，但对切除困难或无法根治者，往往束手无策，只宜行姑息手术治疗以延缓病人生命。无疑，对此类患者采用B超引导经皮穿刺局部注药化疗，不仅增加了新的治疗手段，减少了并发症，延长了生存时间，提高了生活质量，同时也对护理提出了新的要求。通过本组13例围手术期经皮穿刺局部注药化疗的观察处理，我们体会护理上除应积极做好配合外，围手术期更应密切观察处理可能出现的各种并发症。首先要向病人及其家属说明出现并发症的原因，消除病人的恐惧心理，并通过适当处理，一般均能安全渡过反应期，达到治疗目的。

我们认为B超引导经皮穿刺局部注药化疗，不仅适于胰癌病人，也适于肝癌的联合治疗。据报告其效果比较肯定，具有较多优越性：(1)不需开腹手术，穿刺注药成功率高。本组13例经B超引导穿刺注药共47次，每例至少注药2次，最多1例达15次，平均每例3.6次，无1例失败。其中6例肿块有明显缩小，现仍在好转治疗中，5例治愈出院，2例死于MOF。全组13例总的好转治愈率为84.6%(11/13)。可见，在胰腺癌围手术期施行经皮穿刺局部注药化疗是一项值得推广的治疗方法。(2)并发症少。全组除2例术中直接穿刺注药取活检伴发胰瘘外，均无严重并发症发生。仅有部分患者出现上腹疼痛、发烧、面色潮红和白细胞下降，故只要在护理中认真观察护理，一般均能平稳渡过反应期。(3)简单安全、费用低。我们体会，凡具有B超及介入治疗经验的单位均可实施此项治疗。本组1例55岁患者，由于经济困难，加之对手术顾虑重重，7个月来，一直坚持经皮穿刺局部化疗，共达15次，现已能骑自行车来院随访治疗。

参 考 文 献

1. 何三光. 胰腺癌，见：裘法祖主编. 外科学. 第4版. 北京：人民卫生出版社，1996：576.
2. 吴建卫，杨广顺，陈汉，等. 肝动脉插管化疗栓塞和无水酒精注射联合治疗原发性肝癌. 肝胆胰脾外科杂志，1995；1(3)：152.
3. 刘永雄，韩天权，张圣道，等. 胰腺癌的综合治疗. 第六届全国胰腺外科学术会议纪要. 肝胆胰脾外科杂志，1997；3(3)：56.

(收稿：1999-01-19)

·个 案·

环状阑尾化脓坏疽并肠梗阻肠穿孔一例

陈云福*

一、临床资料：患者，女，64岁，农民。因下腹痛阵发性加重伴腹胀、呕吐、停止排气排便五天，以肠梗阻收入院。既往体健。查体：急性腹痛面容，脱水貌。心肺听诊正常。腹膨隆，全腹压痛、反跳痛及肌紧张存在，以右下腹为重，可扪及肠型，肝脾未及，未扪及包块，叩呈鼓音，肠鸣音弱，血常规：WBC11.2×10⁹/L，N79%，L21%。腹部平片：肠腔普遍充气，可见多个液平及气胀肠袢，提示肠梗阻。术前诊断：肠梗阻并全腹膜炎。手术中见：阑尾位盲肠后位，呈环状由后经前下压迫末段回肠，尖端与后腹壁粘连，形成梗阻，梗阻以上见1×2cm穿孔。阑尾长7cm，直径1.2cm，化脓坏疽，无穿孔及粪石梗阻。大网膜右下缘与局部组织粘连、充血、水肿明显。术中常规切除阑尾，修补穿孔，行肠腔减压。术后抗炎、对症、支持治疗，术后一周痊愈出院。

二、讨论：环状阑尾化脓坏疽并肠梗阻肠穿孔，临床上不多见，该病例术中先探得阑尾病变，常规切除，由于术前诊断为肠梗阻，不能单纯由阑尾病变解释，故而继续探查，再次发现肠壁穿孔。本例提示了术中与术前诊断不符时，应仔细分析，详尽探查，以免遗漏其它病灶，带来严重后果。

(收稿：1999-01-25)

* 作者单位：614400 四川省犍为县中医院外科